

令和 7 年度(2025年8月～2026年7月)
介護保険負担限度額認定申請書

釧路市長 宛 ※裏面の注意事項をよく読んでから記入してください。
次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請します。 令和 年 月 日

フリガナ	クシロ タロウ	被保険者番号	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5
被保険者名	釧路 太郎	個人番号(マイナンバー)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3
生年月日	明・大・昭 8 年 1 月 1 日	以前の申請で個人番号記載	有 ・ 無
住 所	〒 085 - 0018 釧路市 黒金 町 8 丁目 2 番地	電話番号	31 - 4553

○施設利用状況	※□ にレ点を記入してください。		
☒ 施設入所 (特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護医療院)	☐ ショートステイ	☐ 未定	
介護保険施設の名称	やすらぎの園	入所年月日	令和 5 年 8 月 1 日
介護保険施設の住所 (釧路市外の場合のみ)	〒 —		

○配偶者に関する申告	※ 世帯分離 をしている 配偶者 又は 内縁関係の者 を含みます。		
配偶者の有無	有 ・ 無 (※「無」に○の場合は、以下の記載は不要です。)		
配偶者の課税状況	【市町村民税】 課 税 ・ 非 課 税 (※いずれかに○を付けてください。)		
フリガナ	クシロ ハナコ	生 年 月 日	明・大・昭 11 年 3 月 3 日
配偶者の氏名	釧路 花子	個人番号(マイナンバー)	2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3
配偶者の住所	〒085 - 0018 釧路市 黒金 町 8 丁目 2 番地		
本年1月1日の住所 (現住所と異なる場合のみ)	〒		

○収入等に関する申告	※□ にレ点を記入してください。	
☐ 生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	非課税年金受給状況	
☐ 市町村民税 世帯非課税者 であって、※所得指標金額が80.9万円以下のもの	【遺族年金※ 障害年金】	
☒ 市町村民税 世帯非課税者 であって、所得指標金額が80.9万円超120万円以下のもの	※寡婦年金、かん夫年金、母子年金	
☐ 市町村民税 世帯非課税者 であって、所得指標金額が120万円超のもの	準母子年金、遺児年金含む	

※所得指標金額:年金収入額(非課税年金含む)+その他合計所得金額特別控除後の合計額

○預貯金額等に関する申告	※ 複数の口座 を所有している場合、合計額 を記入してください。	
被保険者本人	配偶者	
預貯金等の有無	有 ・ 無	有 ・ 無
預 貯 金 額 (定期預金を含む)	3,500,000 円	7,000,000 円
有価証券・債権等の額	なし 円	なし 円

※預貯金等の有無が「有」に○の場合、「通帳等の写し」を裏面にのり付けしてください。

○申請書提出代理人	※申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。		
提出代理人氏名	釧路 一郎	本人との関係	長男
提出代理人住所	〒 085 - 0018 釧路市 黒金町 8丁目 2番地	電話番号	23-5151

市 記入欄 (※ここからは記入しないでください。)			
☐ 生活保護受給	☐ 80.9万円以下	☐ 80.9万円超120万円以下	☐ 120万円超
☐ 老福年金受給			☐ 世帯課税
☐ 第1段階			☐ 別居の配偶者課税
			☐ 預貯金額基準超
			☐ 第4段階
預貯金額基準			
☐ 単 身	☐ 未 婦	社福申請 確認者	
(申告額計 円)	令和 年 月 日	令和 年 月 日	有・無
☐ 該 当	☐ 非該当	(送付日)	/

× 記入不要

同意書

《記載例》うら

釧路市長 宛

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。（課税状況については、私及び私の属する世帯の世帯員全員について）

また、貴市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えてまいります。

【 本 人 】

令和 7 年 7 月 7 日

氏名 釧路 太郎

住所 釧路市 黒金町 8 丁目 2 番地

【 配 偶 者 】

氏名 釧路 花子

住所 釧路市 黒金町 8 丁目 2 番地

申請書についてのお問い合わせ先（提出代理人以外の場合のみご記入ください）

介護支援専門員

氏名 釧路 次郎

本人との関係

（担当ケアマネ）

〒085 - 0018

住所 釧路市 黒金町 7 丁目 5 番地

電話番号 070 - 1234 - 5678

● 注意事項

1 「〇預貯金額等に関する申告」について

複数の口座をお持ちの方は、全ての口座分ご用意ください。また、申請者本人と配偶者の通帳等の写し※を添付してください。

※通帳等の写しについて

①通帳の表紙を開いて取扱支店等が記載されているページ

②申請日から2ヶ月以内の最終残高が分かるページ

③定期預金や有価証券等の金額が確認できるもの

2 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

3 郵送での申請について

郵送の場合の申請日（受理日）は、原則、申請書が介護高齢課へ到着した日となりますのでご注意ください。

● 認定されるための要件

1 本人及び同一世帯の方全員が市民税非課税であること。

2 本人の配偶者※が市民税非課税であること。（※世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。）

3 預貯金等の合計額については、下記表を参照ください。

利用者負担段階		65歳以上（第1号被保険者）		65歳未満（第2号被保険者）
第2段階	所得指標金額が80.9万円以下	単 身	650万円 以下	単 身 1,000万円 以下
		夫 婦	1,650万円 以下	
第3段階①	所得指標金額が80.9万円超120万円以下	単 身	550万円 以下	夫 婦 2,000万円 以下
		夫 婦	1,550万円 以下	
第3段階②	所得指標金額が120万円超	単 身	500万円 以下	
		夫 婦	1,500万円 以下	

----- 市 記入欄 （※ここからは記入しないでください。）-----

個人番号確認	1. 個人番号	2. その他（	）
本人確認	1. 写真付き身分証明書（免・個・手）（	2. その他証明書等（保・通・年・限・割・社福・民間）（	）
代理人確認	1. 写真付き身分証明書（免・個・CM）（	2. その他証明書等（保・通）（	）